Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. W. Wachsmuth

Seltene Tumoren im Bereich des Septum recto-vaginale.

Inaugural - Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Elmar Seltsam

aus Würzburg

Würzburg 1955

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. W. Wachsmuth

Seltene Tumoren im Bereich des Septum recto-vaginale.

Inaugural - Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Elmar Seltsam

aus Würzburg

Tag der mündl. Prüfung:
12.Dez. 1955

Würzburg 1955

Referent: Privatdozent Dr. med. Fritz H o l l e

Korreferent: Professor Dr. med. W. W a c h s m u t h

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543521_0112

Seltene Tumoren im Bereich des Septum recto-vaginale.

Bevor auf das eigentliche Thema, das Vorkommen von Tumoren im Septum recto-vaginale, eingegangen wird, erscheint zum besseren Verständnis nachfolgender Erörterungen eine anatomische und entwicklungsgeschichtliche kurze Vorbetrachtung dieser Körpergegend und der dicht angelagerten Organe angezeigt.

Der bauchfellfreie Teil der vorderen Rectalwand ist mit der hinteren Vaginalwand durch das einschließlich der beiden Wandteile etwa 1 cm dicke Septum recto-vaginale verbunden. Man kann durch dieses die Portiostellung, evtl. auch die Muttermundgröße mittels Palpation feststellen. Nach unten verbreitert sich das Septum keilförmig und bildet durch Einschiebung starker Massen von Fett, Binde- und Muskelgewebe zwischen Anus und Vestibulum vaginae den Damm - Centrum tendineum perinei.

Um die ganze Scheide herum findet sich eine bindegewebige Adventitia direkt übergehend in die Vaginalfascie, die zusammen mit den ausstrahlenden Muskelfasern das vordere Septum vesico-urethro-vaginale und das hintere Septum rectovaginale bilden hilft und nach unten zu etwas an Selbständigkeit

einbüßt. Nach außen hin ist das Bindegewebe so verdichtet, daß man geradezu von einer "Perivagina fibrosa" sprechen kann, in der das vordere und hintere Blatt sich an der Seitenkante der Scheide vereinigen und sich als eine Art Diaphragma fibrosum quer überspannen, beiderseits zu der Fortsetzung der Fascia endoabdominalis als Fascia endopelvina. So ist eine Art Hängematte gebildet, auf der vorne die Blase aufruht und die nach hinten Widerstand gegen den rectalen Druck leistet (Halban-Seitz).

Das Septum recto-vaginale kann entwicklungsgeschichtlich etwa dem Kloakenseptum entsprechen. Es ist umgeben von obengenannten Organen, die sich ontogenetisch aus dem kaudalen Schenkel der Darmschleife, dem Wolff'schen Gang, den Müller'schen Gängen und der Kloake entwickelt haben, hat sich also inmitten komplizierter Entwicklungsvorgänge gebildet. So ist es verständlich, daß auch im pathologischen Geschehen mannigfache Variationen der Ansiedlung von Geschwülsten dort denkbar und möglich sind.

Die Genese der Tumoren ist nach ihrer Art verschieden und durchaus umstritten.

Hinsichtlich der Ätiologie der Tumoren im Septum recto-vaginale wird zunächst auf die sogenannte entzündliche Genese von F r a n q u è und R. M e y e r hingewiesen, die besonders für die Adenomyome in Frage kommt. Vorausgegangene Schleimhautverletzungen, etwa der Cervix bei Zangenentbindung oder Abrasionen des Uterus führen zu regenerativen Prozessen

und Entzündung der Mucosa. Das Eindringen von Epithel in gutartigem Wachstum in tieferliegendes Gewebe wird durch das Granulationsgewebe bzw. die Rundzelleninfiltration gefördert und als Ausdruck der Heilungstendenz der Natur betrachtet. Auch in Drüsen der Adenomyome finden sich für Entzündung charakteristische Zellen, Plasma- und Mastzellen. In der heterogenen Dislokation des Epithels in den Adenomyomen übertrifft sich dieser Regenerationsprozeß gewissermaßen selbst (H e r l y).

v. R e c k l i n g h a u s e n und K o s s m a n n glauben, daß die Adenomyome im Septum recto-vaginale aus embryonalen Überresten entstehen; der erste leitet diese Gebilde von der Urniere, dem Wolff'schen Gang und Wolff'schen Körper ab. Er bringt beweisende Vergleiche der mikroskopisch ähnlichen Struktur des Aufbaus von Adenomyomen und den genannten embryonalen Organen. K o s s m a n n glaubt, daß sie aus den accesorischen Müller'schen Gängen entstanden sind.

C u l l e n , der sonst in allen Fällen von Adenomyomen ihren direkten Zusammenhang mit der Uterusschleimhaut nachgewiesen haben will, meint von den im Septum recto-vaginale sitzenden, daß ihr Ursprung nicht bekannt, die Identität ihrer drüsigen Elemente mit denen der Uterusschleimhaut aber sicher ist.

Schließlich wird von S a m p s o n die Anschauung vertreten, daß die Adenomyome - dies kann auch für die Endometriome (H e i n e b e r g) als versprengtes Schleimhautgewebe des Uterus gelten - durch die Tuben etwa bei der Menstrua-

tion in die Bauchhöhle eingedrungen sind und über die Ovarien als Zwischenwirt sich im Septum recto-vaginale wie auch sonstwo angesiedelt haben.

C u l l e n erwähnt bei der Beschreibung einer von ihm beobachteten Drüsengeschwulst im Septum recto-vaginale, daß sie vom untersten Teil der Bauchfellserosa ausgegangen ist. Er fand dabei keinerlei Anhaltspunkte für obige Theorien.

Für die Entstehung von Fibromen und Myomen, die ohne jeden Zusammenhang mit dem Uterus, wohl aber bei gleichzeitigem Auftreten in diesem Organ im Septum recto-vaginale entstanden sind, finden sich keine weiteren Anhaltspunkte, ebenso auch nicht für in einzelnen Fällen gefundene Lymphome.

Für die Bildung von Teratomen und auch für den später geschilderten Fall eines Hamartoms der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg sind wohl Störungen bei der embryonalen Entwicklung anzunehmen. Für das Hamartom kommt wohl außer einer Fehlbildung vom Wolff'schen oder Müller'schen Gang auch eine solche von den Gartner'schen Gängen her sehr in Frage.

Im folgenden werde ich aus der mir zugänglichen Literatur über eine Anzahl von Tumoren dieser Region berichten. Am Ende meiner Darlegungen werde ich eine eingehende Schilderung über ein Hamartom bringen, das jüngst in der Chirurgischen Universitätsklinik in Würzburg zur Beobachtung kam.

Es folgt die Beschreibung einer Anzahl von Krankheitsfällen - Adenomyomen im Septum recto-vaginale - die von T. G o l d s t i n e und J. F o g e l s o n , Chicago, be-

obachtet wurden. Die beiden Autoren erörtern, abgesehen von mehr oder weniger eingehender klinischer Darstellung, die Möglichkeiten der Entstehung dieser Geschwülste. Beim ersten Fall handelt es sich um eine 31-jährige verwitwete Frau, die dreimal geboren hatte; das jüngste Kind war 18 Monate alt. Geburt und Wochenbett war jeweils ungestört. Keine Fehlgeburten. Seit dem 18. Lebensjahr menstruierte sie in regelrechtem, 28-tägigem Rhythmus. Die Blutungen waren überdurchschnittlich stark und hielten sieben bis zehn Tage an. Während ihrer Ehe waren die Menses etwas schwächer, in der letzten Zeit aber, wie vor der Ehe, außergewöhnlich blutreich. Sie klagte über starke Rückenschmerzen, Ziehen nach unten, auch bestanden Schmerzzustände im Becken selbst.

Die innere Untersuchung zeigte eine, wohl durch vorausgegangene Geburten bedingte Erschlaffung des Eingangs der Vagina, sowie der Scheide selbst. Im übrigen findet sich bei starkem Druck auf den Douglas'schen Raum deutliche Schmerzreaktion. Bei der rectalen Untersuchung ist im Becken hinter der Cervix eine nur unsicher zu begrenzende, bewegliche Geschwulst fühlbar; auch die kombinierte rectale und abdominale Untersuchung ergibt keinen klaren Befund. Erst in Narkose konnte die Geschwulst nach Größe, Lage und Konsistenz näher bestimmt werden.

Man stellt die Diagnose: Adenomyom im Septum recto-vaginale.

Die Operation wird durch Laparotomie vorgenommen. Die Untersuchung der Organe des Bauches und des Beckens läßt nichts Krank-

haftes erkennen, jedoch kann eine zystische, etwa 4 cm große Geschwulst, frei beweglich unter dem Bauchfell im Septum recto-vaginale getastet werden. Der Tumor wird nach Peritonealschnitt leicht ausgeschält, er findet sich etwa 2 cm hinter der Cervix. Durch entsprechende Vergrößerung des Schnittes wird die Eröffnung der Zyste vermieden. Die Blutung ist nur gering, Verwachsungen mit irgendwelchen Organen des kleinen Beckens sind nicht vorhanden.

Der excidierte Tumor erweist sich als eine zystische, 3 cm große Geschwulst, gefüllt mit schokoladefarbener Flüssigkeit. Auch ist ein kleines Koagulum in ihm enthalten. Die glatte, dunkel gefärbte, 0,25 cm dicke Zystenwand ist mit dem anliegenden Stroma fest verwachsen.

Der mikroskopische Bau der Zystenwand zeigt eine Schicht Zylinderepithel vom endometrialen Typ mit großen spindelförmigen Körnern in der Zellbasis. Plasma- und Mastzellen finden sich reichlich im ganzen Gewebe. Stroma, Bindegewebe und Muskelfasern sind in unregelmäßigen Windungen angeordnet. Im Lumen der Zyste finden sich Blutfarbstoff und nekrotische rote Blutkörperchen.

Bei einem Überblick wird noch hervorgehoben hinsichtlich der Genese der Geschwulst, daß sich bei der typischen Schokoladenzyste die Möglichkeit der Entstehung der Geschwulst aus endometrialem Gewebe, das vom Uterus direkt oder sekundär über das Ovar als Zwischenwirt ausgegangen wäre, ausgeschlossen wird. Wenn auch die Auskleidung der Zyste dem Endometrium des Uterus in der Nähe des inneren Muttermundes entspricht, so wird Muskelstroma, wie es normalerweise im Endometrium gefunden wird, nicht

nachgewiesen.

Ein weiterer Fall betrifft eine 27-jährige Frau, die niemals schwanger war, ihre Menarche mit 14 Jahren und ebenfalls stark in normalem Rhythmus hatte. Sie litt immer an etwas Weißfluß schon seit ihrer Mädchenzeit, der in der Ehe noch zunahm. Ihre sonstigen Beschwerden waren bezeichnend für eine Dyspareunie mit heftigem Schmerz in der Vagina. Die Untersuchung der Kranken stößt auf beträchtliche Schwierigkeiten, da von den Bauchdecken her wegen starker Druckempfindlichkeit nur schwer ein genauer Befund zu erheben ist. Doch läßt sich bei der bimanuellen Untersuchung ein linksseitiger Tumor im Becken nachweisen, der Fundus uteri kann nicht getastet werden, der Druck auf die Geschwulst aber wird zur Cervix und zum vorderen Scheidengewölbe weiter geleitet. Rectal fühlt man eine weiche Geschwulst hinter der Cervix, die sowohl mit ihr als mit dem Rectum fest verwachsen scheint. Untersuchung auf Gonorrhoe und Lues verläuft bakteriologisch und serologisch negativ. Es besteht eine Leukozytose mit 12700 Leukozyten pro ccm. Bei der Operation, die durch Laparotomie vorgenommen wird, erweist sich das linke Ovar als zystisch vergrößert und mit dem Rectum und mit der hinteren Uteruswand in Höhe des inneren Muttermundes verwachsen. Bei der Lösung des ovariellen Tumors vom Uterus bzw. Rectum reißt dieser ein, es entleert sich reichlich dunkelfarbige Flüssigkeit. Im Ovar, aus dem die Flüssigkeit fließt, finden sich noch einige Blutgerinnsel. Nähere Angaben über die Entfernung des Tumorgewebes aus dem Septum recto-vaginale fehlen. Mikroskopisch werden im Schnitt des Ovars einzelne Drüsen mit säulenförmigen Epithelzellen endometrialen Typs mit spindelför-

migen Kernen in der Basis nachgewiesen. Im Lumen der Drüsen finden sich Erythrozyten und Blutpigment. Das Stroma ist sehr blutreich, im Stratum germinale sind viele große endotheliale, mit Erythrozyten angefüllte Phagozyten zu sehen. Das aus dem Septum recto-vaginale entnommene Gewebe enthält einige mit Zylinderepithelzellen ausgekleidete Drüsen, die in ein Stroma aus reifem Bindegewebe mit einzelnen Muskelfasern eingebettet sind. Das Gewebe war zweifellos älter als das Stroma des Ovars, das die dortigen adenomatösen Gebilde umgibt.

Zusammenfassend stellt der Verfasser fest, daß es sich um das makro- und mikroskopische Bild eines Hämatoms bzw. einer Schokoladenzyste des Ovariums vom endometrialen Typ, verbunden mit einem Adenomyom des Septum recto-vaginale handelt.

Hinsichtlich der Genese wird darauf hingewiesen, daß der körperliche, operative und mikroskopische Befund einwandfrei entzündliche Veränderungen aufweist, klinische Symptome einer Mitbeteiligung des Endometriums werden nicht gefunden. Da die Zyste des Ovars gleichzeitig mit einem Adenomyom des Septum recto-vaginale gefunden wird, so wird angenommen, daß die Theorie von S a m p s o n hier zutreffe. Dieser nimmt an, daß die Adenomyome im Septum recto-vaginale in folgender Weise entstehen: Es kommt zur Einwanderung von Schleimhautepithel der Gebärmutter über die Tube in das Abdomen gelegentlich der Menses. Das Epithel siedelt sich gerne im Ovar an und verbreitet sich von ihm aus sozusagen als Zwischenwirt in andere Bauchorgane, auch in das Septum recto-vaginale. Allerdings stimmt mit dieser Theorie nicht überein die

Feststellung, daß das Stroma des Septum recto-vaginale viel älter ist als das des Ovars. Es müßte sich deshalb eigentlich das Adenomyom des recto-vaginale unabhängig von dem Ovarialtumor entwickelt haben.

Ein weiterer Fall von Adenomyom im Septum recto-vaginale wird von den oben erwähnten Autoren nur kurz beschrieben. Der Beckenbefund ist hier völlig normal, lediglich vom Rectum aus das Adenomyom tastbar. Eingehende Untersuchungen des Uterus versagen allerdings insoferne, als durch sie die Uterusschleimhaut nicht als Ausgangspunkt der Geschwulst ausgeschlossen werden kann. Nach näherer Beschreibung der mikroskopischen Schnitte, die abgesehen von zylindrischen adenomatösen Strukturen auch Rundzelleninfiltrationen enthalten, wird die Auffassung vertreten, daß es sich hier um ein offensichtlich isoliert im Septum recto-vaginale entstandenes Adenomyom handelt.

Als vierten und letzten Fall bringen G o l d s t i n e und F o g e l s o n die Krankengeschichte einer Frau von 51 Jahren, die nicht mehr menstruiert und bei der bei der Operation ein Tumor im Septum recto-vaginale nicht gefunden wird. Eine enge Beziehung zum Thema, insbesondere zur Genese der Adenomyome in uterusfernen Organen ist darin zu sehen, daß bei der Operation ein größerer Tumor, der durch Verwachsung des Dünndarms, Coecums einschließlich der Appendix, der Tube und des Eierstockes gebildet ist und auf den Dünndarmschlingen gefäßreiche, zerreißliche Gewebsinseln wechselnder Größe gefunden werden. Das histologische Untersuchungsergebnis ähnelt dem der früher beschriebenen

Geschwülste im Septum recto-vaginale. Es finden sich Granulationsgewebe und Rundzelleninfiltrationen, kleine Drüsen, die mit einer Lage Zylinderzellen ausgekleidet sind und im Lumen rote Blutkörperchen enthalten. Die Entstehung dieser Geschwülste muß m. E. ähnlich oder dieselbe sein, wie die der Adenomyome im Septum recto-vaginale.

Über einen Einzelfall eines Adenomyoms im Septum recto-vaginale berichtet C u r t i s in knapper Zusammenfassung. Die Kranke ist 37 Jahre alt und hatte eine Geburt vor 17 Jahren. Sie hat völlig normal menstruiert mit nur sehr geringen Beschwerden, nur einmal hatte sie Rückenschmerzen. Sie suchte den Arzt einige Wochen vor der Operation auf, weil sie ein wenig Blut im Stuhl beobachtet hatte. Ihre Beschwerden weisen auf eine Erkrankung im Bauch, keinesfalls auf das Becken hin. Beim vaginalen Tastbefund ist der Uterus in Lage und Größe der Norm entsprechend, die Cervix für eine Frau, die einmal geboren hat, unauffällig. Die Eileiter und die Eierstöcke sind ohne Krankheitszeichen. Auch hier kann erst durch die rectale Untersuchung der Tumor nachgewiesen werden als eine nußgroße Geschwulst einige Zentimeter oberhalb der Cervix. Die Diagnose Adenomyom im Septum recto-vaginale wird durch die anschließende Operation bestätigt. Die histologische Untersuchung ergibt einen für die genannte Geschwulst typischen Befund. Bei der Operation (per laparotomiam) erweist sich der Tumor als so fest an das Rectum adhärent, daß er nur mit dem Messer abgetragen werden kann. Er sitzt unter den Ligg. uterosacralia nahe der Cervix.

Es folgen noch einige Bemerkungen über Beobachtungen von Adenomyomen im Septum recto-vaginale, die von einzelnen Autoren als besonders wichtig oder charakteristisch hervorgehoben werden.

So weist C o l l i n auf das fortschreitende Wachstum der Tumoren, die allmählich das ganze Becken ausfüllen können und so größere Schwierigkeiten bei der Operation bereiten, hin. M e i g s konnte eine solche Geschwulst durch Laparotomie nicht völlig entfernen und mußte später eine Operation mit Rectumresektion anschließen. Dennoch war nach Jahren wiederum das Becken mit adenomatösem Gewebe angefüllt. C u l l e n beobachtet, daß diese Geschwülste auch in der Menopause weiter wachsen, während G r a v e s und M e i g s deren Rückbildung nach Entfernung des Uterus und der Ovarien in drei Fällen beobachteten, auch M o o r e empfiehlt bei schwierigen Fällen die Kastration.

S t e m m e l e n operierte eine 32-jährige Frau wegen eines Adenomyoms im Septum recto-vaginale. Insoferne enthält seine Mitteilung etwas Besonderes, als er die Geschwulst aus der Bauchfellserosa vom untersten Douglaspol her entstanden wissen will - eine nicht ohne weiteres verständliche Annahme. Wie schwer die Differentialdiagnose bei Geschwülsten im Septum recto-vaginale ist, zeigen zwei Fälle von J e s s u p , New York, bei denen in der Annahme von malignen Tumoren die Geschwülste samt den Adnexen entfernt wurden, durch die mikroskopische Untersuchung aber Adenomyome nachgewiesen werden.

H e r l y berichtet über einen eigenartigen Verlauf von Erkrankungen an Adenomyomen. Er betont die entzündliche Genese des Leidens, hier vorausgegangene Lazeration der Cervix infolge

hoher Zange. Das Epithel dringe dann zur Regeneration in das entzündliche Gewebe ein. Bei einer Kranken recidivierte die Geschwulst nach unvollständiger Excision. Die Blutung aus der Operationswunde ist nur sehr schwer zu beherrschen. Auf zweimalige Radiumbehandlung, nachdem zwischenzeitlich einmal eine Gravidität im dritten Monat unterbrochen und die Patientin bei einer zweiten Schwangerschaft durch Kaiserschnitt entbunden wurde, tritt dann endgültige Heilung ein.

Man könnte versucht sein im Rückblick auf die besprochenen Erkrankungen an Adenomyomen im Septum recto-vaginale eine kritische Zusammenfassung über diese Fälle zu bringen, da diese Art von Tumoren den breitesten Raum im Schrifttum einnehmen und wie es scheint, in der Häufigkeit an der Spitze stehen. Der Übersichtlichkeit halber wird jedoch im folgenden noch über einige andere Tumorarten im Septum recto-vaginale berichtet, über die sich allerdings nur spärliche Angaben in der Literatur finden. Es wird dabei nur insoweit eingegangen auf die Klinik der Geschwülste, als sie Besonderheiten aufweisen.

Tumorgewebe von Sarkomen oder Carzinomen, das durch infiltrierendes Wachstum aus erkrankten Nachbarorganen, besonders der Scheide, dem Uterus, dem Rectum usf. in das Septum recto-vaginale vorgedrungen ist, interessiert für das Thema kaum, da es sich nicht um eine selbständige Tumorbildung im Septum recto-vaginale handelt.

Über ein vielleicht primäres Carzinom im Septum recto-vaginale berichtet G o l d s c h w a n d . Die Beobachtung betrifft eine 73-jährige Frau, die sehr rasch durch chronischen

Ileus zugrunde ging. Da bei Eintritt in Behandlung schon eine Geschwulst der Portio und des Mastdarms bestand, ist der Ursprung der Krebserkrankung unsicher.

G o r d o n jr. berichtet über ein Sarkom im Septum rectovaginale, das sich im Anschluß an ein aus dem Retroperitonealraum mitsamt der rechten Niere entferntes Teratom entwickelte. Das Teratom weist zwar unregelmäßige Züge von Epithelzellen auf, jedoch keine Anzeichen für ein Sarkom. Die Erkrankung nimmt den erwarteten letalen Ausgang. Da auch an keinem Organ des Beckens und des Bauches oder sonstwo malignes Gewebe gefunden wird, ist die Annahme eines primären S a r k o m s nicht von der Hand zu weisen.

Hier seien auch erwähnt die von der hinteren oder seitlichen Rectumwand unterhalb der Bauchfellbekleidung ausgehenden M y o m e , die sich im untersten Abschnitt des Septum rectovaginale ausbreiten und die ganze Kreuzbeinhöhlung ausfüllen können.

B e c k e r berichtet auch eingehend über ein selbständiges Myom, das Mastdarm und Scheide fast völlig obturierte; es bestand lediglich eine feste Verwachsung mit der Muscularis des Rectums.

Neben Myomen finden sich auch F i b r o m y o m e im Septum recto-vaginale; bei einer 50-jährigen Virgo findet D i d i e r ein solches, ohne daß an anderen Organen weitere Geschwülste festzustellen sind, L o n g ebenfalls einen völlig isolierten Tumor - mikroskopisch Fibromyom - gelegentlich einer supravaginalen Amputation des Uterus wegen vielknolligen Myoms.

Auch E n d o m e t r i o m e siedeln sich gelegentlich im

Septum recto-vaginale an, bald als kleine Knötchen von 0,1-1,0 cm Größe hinter der Vaginalwand und der Cervix unter völliger Freilassung der Nachbarorgane, bald in Ausbreitung auch auf den supravaginalen Teil der Cervix und auf die Vorderwand des Rectums, doch noch beschränkt auf den Douglas'schen Raum; schließlich können sie das ganze Becken wie ein einziger, fester unbeweglicher Tumor ausfüllen, in die Ligg.lata eindringen und den Ureter, das Rectum und die Vagina komprimieren und das ganze Beckengewebe infiltrieren. Diese Geschwülste entstehen durch Implantation von Zellen der Uterusmucosa, die während der Menstruation über die Tuben versprengt werden. Sie können aber auch vom Endometrioma ovarii stammen. Auch das direkte Durchwachsen von Schleimhautepithel des Uterus durch dessen Muscularis und so ein direkter Zusammenhang zwischen Tumor und Mucosa uteri läßt sich nachweisen. Die Behandlung der Tumoren richtet sich nach ihrer Ausbreitung. Es kann die Excision kleiner Knötchen in Frage kommen, schließlich aber die Entfernung der Ovarien; mit dem Aufhören der ovariellen Ausschüttung von Hormonen bilden sich die Geschwülste, wie der Uterus und dessen Schleimhaut zurück (H e i n e b e r g).

Als eine einzigartige Besonderheit hebt C h e v a s s u hervor, daß er gelegentlich der Operation einer Zyste an der hinteren Scheidewand eine Lymphdrüse von Nußgröße im Septum recto-vaginale in Höhe der Cervix fand.

Einen fast als Kuriosum zu bezeichnenden Tumor fand R o s i n s k y im Septum recto-vaginale. Die Geschwulst war hart, gegen die Nachbarorgane gut, gegen das Rectum weniger leicht verschieblich. Sie machte den Eindruck eines eingeheilten Fremdkörpers. In dem derben fibrösen Gewebe fand er in Granulationen

eingebettet "mehrere undefinierbare" Klümpchen, die er als kleine Teilchen aus dem Darminhalt deutet. Er glaubt, daß Partikelchen nach Einwandern in das paravaginale Gewebe die Geschwulst verursachten.

Anschließend bringe ich die kritische Darstellung eines bereits erwähnten, in der Chirurgischen Universitätsklinik zu Würzburg zur Beobachtung und Operation gekommenen Hamartoms.

Es handelt sich um eine 39-jährige Frau, die einmal normal entbunden hatte. Die Familienvorgeschichte war ohne jede Besonderheit. Die Kranke hatte keine ernsteren Vorerkrankungen durchgemacht und hatte seit dem 13. Lebensjahr regelmäßig menstruiert.

Vor drei Jahren trat Druckgefühl in der Analgegend auf, das sich nach Anstrengungen verstärkte. Der Stuhlgang brachte ihr kein Befreiungsgefühl, nach der Defäkation bestand immer noch Drang. Nachdem eine vom Hausarzt verordnete medikamentöse Behandlung durch Einlagen in die Scheide erfolglos war, wurde sie von einem Frauenarzt an die Universitäts-Frauenklinik Würzburg verwiesen.

Die Diagnose der Klinik war: zystischer Tumor im Septum recto-vaginale. Da eine Operation per vaginam nicht rätlich schien wegen zu erwartender stärkerer, schwer stillbarer Blutung, wurde sie zur chirurgischen Behandlung in die Chirurgische Klinik des Luitpoldkrankenhauses verlegt.

Der Befund bei der Aufnahme war folgender: Die 39-jährige Frau weist einen guten Ernährungs- und Kräftezustand auf, Haut und sichtbare Schleimhäute sind gut durchblutet, krankhafte Ver-

färbungen der Haut bestehen nicht. Am Nervensystem, in der Mundhöhle, sowie an den Sinnesorganen wird ein pathologischer Befund nicht erhoben, das Skelett ist frei von Krankheitszeichen; die Schilddrüse ist nicht vergrößert, auch im übrigen sind keine Drüsenschwellungen nachweisbar. Die Thoraxorgane sind auskultatorisch und perkutorisch, sowie röntgenologisch frei von krankhaften Veränderungen. Durch die Herzstromkurve wird eine Coronarinsuffizienz festgestellt, die jedoch einen operativen Eingriff bei der Kranken nicht ausschließen kann.

Der Leib ist ohne Resistenz und Druckempfindlichkeit, die Milz nicht nicht fühlbar, die Leber nicht vergrößert.

Bei der Röntgenuntersuchung der Bauchorgane fällt eine Kontrastanreicherung am unteren Leberpol auf, der sehr tief über den Rippenbogen hinausragt. Die Magen-Darmpassage entspricht sonst physiologischen Verhältnissen, insbesondere wird ein Tumor am Magen oder Zwölffingerdarm ausgeschlossen.

Örtlicher Befund: Bei der rectalen Untersuchung ist 5 cm hinter dem Schließmuskel ein praller Tumor zu fühlen. Er liegt an der Vorderwand des Rectums und breitet sich bis zur Vagina hin aus, kann aber nach oben nicht abgegrenzt werden.

Die Operation wurde am 20.5.1954 in potenzierter Narkose vorgenommen. Von einem ausgedehnten Längsschnitt aus, von der Mitte des Kreuzbeins über die Rima ani bis fast zum After mit dem elektrischen Messer geführt, wird das Steißbein freipräpariert und vom Sacrum abgetrennt. Es liegt dann ein sehr großer glatter Tumor, der mit dem Rectum verwachsen scheint, jedenfalls gegen dasselbe nicht abgegrenzt werden kann, vor. Auch nach oben

kann die Grenze des Tumors nicht festgestellt werden. Nach weiterer Präparation gelingt es, die Geschwulst zu mobilisieren und einen Docht über dem kranialen Ende des Tumors um das Rectum zu legen. Zu diesem Zeitpunkt der Operation wird die Amputation des Rectums beschlossen, da der Eindruck eines Tumors desselben besteht. Bei der weiteren Loslösung der Geschwulst nimmt diese plötzlich an Volumen ab und fühlt sich weich an. So hat es sich anscheinend um eine Zyste gehandelt, die nun geplatzt ist. Durch weiteres Präparieren kann die Zyste teilweise vom Rectum gelöst werden; dabei reißt die sehr brüchige Wand ein. Es entleert sich blutig-seröse Flüssigkeit, des weiteren ein mandarinengroßer, gelappter Tumor, der den Eindruck von teilweise nekrotischem Fettgewebe macht. Die innen zum Teil dunkelrot bis schwarz verfärbte, weiche Zystenwand ist etwas verquollen und nekrotisch. Teils stumpf, teils scharf wird die Zyste gut herausgelöst, ein kleinhandflächengroßer Teil muß scharf unter teilweiser Mitnahme der Muscularis des Rectums abpräpariert werden. Eine eigentliche Rectumverletzung wird jedoch nicht gesetzt. In der Zyste wird noch ein zweiter, etwa gleichgroßer gelappter Tumor gefunden, der wie der erste nicht gestielt ist und ebenfalls frei in der Zyste liegt. Die Muscularis des Rectums wird im Bereich der festen Verwachsung des Tumors quer gerafft und die Wand so wieder gefestigt. Anschließend wird die Wunde drainiert und schichtweise nach Einbringen von Terramycin verschlossen. Der Blutverlust bei der Operation war nur mäßig; der Kranken wurden am Operationstag 1000 ccm Blut übertragen.

Die histologische Untersuchung weist einen echten, aus ver-

Photo zur Operation des Hamartoms

(S. Seite 16 und 17)

schiedenen Gewebsarten aufgebauten Tumor nach, dessen zystische Hohlraumbildung mit Zylinderepithel ausgekleidet ist. Das Bindegewebe erinnert stark an cytogenes Stroma, jedoch wird eine echte Endometriose ausgeschlossen. Manche Gewebspartien bestehen aus glatter Muskulatur. Die histologische Diagnose ist: H a m a r t o m aus verschiedenen Gewebsarten aufgebaut. Malignität wird im histologischen Material ausgeschlossen.

Der postoperative Heilungsverlauf ist erheblich durch Wundinfektion gestört, die von wechselnder Temperaturerhöhung während einer Dauer von drei Wochen begleitet ist und mit Antibiotica bekämpft wird. Die große Wundhöhle heilt nur langsam. Fünf Wochen nach der Operation kann der noch vorhandene große Hautdefekt mit Thierschlappen gedeckt werden und nach einer Gesamtheilungsdauer von neun Wochen die Patientin mit einer kleinfingerhutgroßen Defektstelle am unteren Wundpol im guten Allgemeinzustand beschwerdefrei entlassen werden.

Zusammenfassend sei festgestellt: Bei einer 39-jährigen Frau, die seit Jahren an heftigen Schmerzzuständen in der Analgegend litt, wurde durch Operation ein pararectaler Tumor - Hamartom - aus dem Septum recto-vaginale erfolgreich entfernt.

Die Entstehung des Tumors selbst ist durch Fehlbildung während der Entwicklung, wobei Gewebsbestandteile eines Keimblattes die eines anderen überwucherten, zu erklären und als Produkt der Laune der Natur an einem entwicklungsgeschichtlich durch die Vielfalt des Geschehens besonders prädestinierten Ort verständlich. Durch das spätere Wachstum der Geschwulst, wohl

allmählich im geschlechtsreifen Alter, insbesondere durch die Vergrößerung der Zysten kam es zu Druck und Verdrängungserscheinungen der benachbarten Organe, insbesondere des Rectums mit anhaltenden Schmerzzuständen. Für die Geburtswege dürfte die Einengung bereits so bedeutend gewesen sein, daß der Durchtritt einer normalen Frucht nicht mehr möglich war. Die Entfernung des Tumors war eine vitale Notwendigkeit, da auch eine Verlegung des Darmausganges bei weiterer Größenzunahme zu erwarten war.

Unter den im Septum recto-vaginale beobachteten Tumoren stehen zahlenmäßig an der Spitze die Adenomyome, weniger häufig scheinen Myome, Fibromyome, Endometriome, vereinzelt vielleicht primäre maligne Geschwülste, Sarkome und Carzinome vorzukommen; auf das erwähnte Hamartom wird besonders hingewiesen.

Trotz der relativen Seltenheit der Geschwülste wurden sicher schon eine ganze Reihe beschrieben. Es konnte M i c h o n allein fünf Adenomyome beobachten.

In der Hauptsache wurden nur Frauen im geschlechtsreifen Alter betroffen; dies gilt ganz besonders für die Geschwülste, deren Bestandteile sich von der Unterusschleimhaut oder den Ovarien herleiten.

Die Familiengeschichte der Frauen brachte nichts Auffallendes.

Die Geschwülste fanden sich sowohl bei Frauen, die geboren hatten, als solchen, die niemals schwanger waren.

Für die Entstehung der Adenomyome im Septum recto-vaginale

scheinen in der Vorgeschichte vorausgegangene Läsionen des Uterus durch Zangenentbindung (Fall von H e r l y) oder Abrasionen nach Fehlgeburten von Bedeutung für eine Zellverschleppung zu sein. Hierauf bin ich bei der Besprechung der Genese dieser Geschwülste bereits eingegangen.

Die Beschwerden der Erkrankten sind sehr unterschiedlich in der Intensität, weniger in ihrer Art, entsprechend der Größe, dem allmählichen Wachstum und dem Sitz der Tumoren. Gelegentlich können sie eher auf eine Baucherkrankung als auf eine Störung im kleinen Becken hinweisen, wie im Fall C u r t i s . Rückenschmerzen und Ziehen im Unterleib, Schmerzen beim Stuhlgang, auch Dyspareunie werden häufig angegeben, die unangenehmen Empfindungen nehmen zu zur Zeit der Periode, was ja der Abhängigkeit vieler dieser Geschwülste, Andenomyome - Endometriome, von der Ovarialtätigkeit entspricht. Im Beginn der Erkrankungen sind wohl überhaupt keine Beschwerden vorhanden; sie werden bei Behandlung oder Untersuchung wegen anderer Erkrankungen zufällig gefunden, etwa bei Ausstattung des Beckens bei Schwangerschaft. Wenn die Tumoren das ganze Becken ausfüllen, kann es bis zum völligen Darmverschluß und Abflußbehinderung im Ureter kommen und die entsprechenden Ileus- oder Harnstauungserscheinungen verursachen. Ganz geringe Blutungen aus dem Darm können das erste Krankheitszeichen sein (C u r t i s).

Erst die eingehende Untersuchung führt zur Erkennung der Tumoren. Der Tastbefund vom Abdomen her kann nur bei großen Neubildungen ein positives Ergebnis haben, weit größere Aufklärung gibt häufig die bimanuelle Untersuchung von der Scheide und vom Bauch aus, die Spiegeluntersuchung der Scheide und der Portio kann hier ergänzend notwendig sein und eine Vorbuckelung und kleine Blut-

zysten (C o l l i n) erkennen lassen. Den besten Aufschluß ergibt die rectale Untersuchung in allen Fällen, wie schon im ersten Fall G o l d s t i n e und F o g e l s o n feststellten, wo sogar die bimanuelle Untersuchung in Narkose kein klares Ergebnis gab. Durch die digitale Exploration vom Rectum aus ist auch gleichzeitig oft die Ausschaltung von Rectumtumoren differentialdiagnostisch möglich.

Als Diagnose vor der Operation, wenn nicht eine Probeexcision vorher angezeigt und zumutbar war, ist meist lediglich die Feststellung "Tumor im Septum recto-vaginale" möglich.

Die Behandlung ist grundsätzlich die Operation. C o l l i n hält eine absolute Indikation für den Eingriff bei einem Durchmesser der Geschwulst ab 3 cm für gegeben. Auf vier Wegen können operativ die Geschwülste angegangen werden. Der transperitoneale Zugang, der nicht selten gewählt wird, hat den Vorteil, daß dabei eine Revision der Bauchhöhle möglich und bei entsprechender Indikation gleichzeitig ergänzende Operationen an den Bauchorganen, wie etwa Ovarioektomien vorgenommen werden können. Die zweite Möglichkeit an die Tumoren des Septum recto-vaginale heranzukommen, ist die Durchtrennung der hinteren Scheidewand. Diese kommt wohl nicht häufig infrage. Sie ist wohl technisch schwieriger und eignet sich nur für die Operation kleinerer, der hinteren Scheidewand bzw. dem hinteren Scheidengewölbe nahe gelegenen Geschwülste. Bei geeigneten Fällen können die Tumoren auch vom Damm aus durch einen Bogenschnitt entlang längs der hinteren Scheidenkommissur frei gelegt werden, schließlich wird nicht selten der sacrale Zugang (Operation nach Kraske) gewählt. Auch die Kombi-

nation der Laparotomie mit der vaginalen oder einer anderen extraperitonealen Operation hat man schon gewählt.

Das Ziel der Operation ist die restlose Beseitigung des Tumorgewebes. Kleinere Reste bei Adenomyomen können sich spontan zurückbilden nach M i c h o , M e i g s u. a. Bei gleichzeitiger Zystenbildung im Ovar ist immer die Kastration angezeigt, ebenso auch dann, wenn Adenomyome und Endometriome nicht oder nicht radikal genug entfernt werden können.

Die Operationsmortalität wird von Louis M i c h o n mit 3,2 % angegeben. Von Radium- und Röntgenbehandlung wird fast durchweg abgeraten; sie ist im allgemeinen wenig wirksam. H e r l y berichtet allerdings von einem anoperierten Fall von Adenomyom, der durch starke Blutungen kompliziert war, über einen vollen Erfolg bei der Einführung von Radiumemanationsröhrchen von der Scheide aus; H e i n e b e r g hatte bei zwei Endometriomen den gleichen Erfolg mit Strahlenbehandlung.

Die Prognose der Operationsbehandlung ist, wenn man von den wohl sehr seltenen malignen Tumoren absieht, recht gut; es kommt bei völliger Entfernung der Geschwülste kaum zu einem Recidiv.

Die Differentialdiagnose der Tumoren im Septum recto-vaginale vor der Operation ist schwierig, da charakteristische Untersuchungsmerkmale für die einzelnen Geschwulstarten durch Anamnese und Untersuchungsbefund nur spärlich gefunden werden. Unter besonderen Umständen ist eine Probeexcision möglich, vielleicht von der Scheide aus angezeigt. Es kommen vor allem Adenomyome, Endometriome, Myome, Fibromyome, Zysten, Teratome, Lymphome, Lipome, vielleicht auch Sarkome in Frage. So entscheidet hier in der Regel über die Art der Geschwulst die Inspektion bei der Operation, bzw. anschließend die pathologisch-anatomische Untersuchung.

Zusammenfassung

Unter dem Thema "Seltene Tumoren im Bereich des Septum recto-vaginale" wurde die genannte Körperregion einleitend einer kurzen anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Betrachtung unterzogen, auch die Genese der dort vorkommenden Geschwülste wurde berücksichtigt.

Im weiteren wurde auf die Kasuistik eingegangen. Bei der Durchsicht der Literatur über das Vorkommen von Geschwülsten in dem genannten Septum fanden sich unter den relativ seltenen Beobachtungen am häufigsten Adenomyome, die enge Beziehungen zur ovariellen Funktion haben. An Hand von Fällen, namentlich amerikanischer Autoren wurde die Klinik dieser Tumoren, sowie anscheinend viel seltener vorkommender Geschwülste, wie Myome, Fibrome, Lymphome, sowie Zysten erörtert und ergänzend über die Genese bzw. Entwicklungsgeschichte noch einiges mitgeteilt. Im Anschluß daran wurde über den Krankheitsfall eines in der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg operierten H a m a r t o m s im Septum recto-vaginale berichtet; es handelte sich wohl um die Erstbeobachtung eines Tumors dieser Art in dem subperitonealen Bindegewebe zwischen Scheide und Mastdarm.

Wichtig erscheint hervorzuheben, daß die Geschwülste des Septum recto-vaginale nur bei geschlechtsreifen Frauen vorkommen. Sie sind wohl fast a lle gutartig, wenn sie auch "infiltrierend" im Bindegewebe wachsen. Sie fordern aber die Operation, weil sie zu schweren Verdrängungserscheinungen und Obturation der im Becken liegenden Organe führen können, ganz abgesehen von Schmerzzuständen, die sie zur Folge haben.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Privatdozenten Dr. Fritz H o l l e für die Überlassung des Themas und die gütigst erteilten Ratschläge meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Herrn Professor Dr. W. W a c h s m u t h danke ich ergebenst für die freundliche Übernahme des Korreferates.

Literaturverzeichnis

Becker, P.	Myom im recto-vaginalen Bindegewebe. Breslauer gyn.Ges.f.Gyn.u.Geburtshilfe, 1908.
Curtis, A.	Adenomyoma of the rectovaginal Septum. Surgery, Gynecology und Obstetrics 1921.
Collins, Clifford	Adenomyomas of the rectovaginal Septum. (Illinois med.Journal Bd. 51,p 128-135) 1927.
Cullen, Th.S.	Adenomyoma of the rectovaginal Septum. The Journ.of the Americ.med.Assoc. Vo. 62 p 835.
Didier, R.	Tumeur de la choison recto-vaginale. Bull.Soc.nat.Chir. Paris 59, p 62-64,1933
Goldschwend	Stenosierendes Carzinoma rectovaginale. Wiener Klin.Wschr. Nr. 27,p 1005, 1910
Gordon jr., Onslow, A.	Sarcoma of the rectovaginal septum. Amer.journ.of obstetr.a.gynecol. Bd. 14, Nr. 3, p 382-285, 1927.
Jessup, D.S.	Adenomyom des Septum rectovaginale. Journ.of the Amer.Med.Assoc. 1914 Aug.1.
Halban-Seitz	Anatomie und Pathologie des Weibes.
Heinberg, A.	The use of radium in the treatment of endometrioma of the rectovaginal septum. Amer.journ.of obstetr.a.gynecol. Bd. 14, Nr. 2, p 235-239, 1927.
Herly, L.	Adenomyoma of the rectovaginal septum. Surg.gynecol.a.obstetr. Bd. 39, Nr. 5, p 626-635, 1924.
Meigs, J.V.	Adenomyoma of the recto-vaginal septum. A report of three cases treated by different methods and their results. (Bosten med.a.surg.journ. Bd. 196, Nr. 15, p 601-606), 1927.
Rosinsky	Walnußgroßer Tumor des Septum recto-vaginale. Nordostdeutsche Ges.f.Gyn.u.Geburtshilfe, Bd. 29, H. 5, p 664, 1909.
Schmaus	Grundriß der pathologischen Anatomie.
Stemmelen, G.	Ein Adenomyom im Septum recto-vaginale. Diss. Straßburg, ZB 27, 1914, p 69.
Krankengeschichten aus der Chirurg.Universitätsklinik Würzburg.	E. K. 1954

L e b e n s l a u f

Ich, Elmar S e l t s a m , wurde als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Philipp Seltsam und seiner Ehefrau Therese, geb. Schmitt, am 9. Januar 1929 in Würzburg geboren.

Die Volksschule besuchte ich von 1935-1939 in Gemünden/Main. 1940 trat ich in das humanistische Gymnasium Aschaffenburg ein und bestand nach Kriegsunterbrechung dort 1949 die Reifeprüfung. Im Jahre 1950 immatrikulierte ich an der Universität Würzburg mit medizinischer Fachrichtung. Im Wintersemester 1952/53 schrieb ich mich auf das Fachgebiet der Zahnheilkunde um und bestand im Oktober 1953 das zahnärztliche Physikum; das Staatsexamen legte ich im Sommersemester 1955 ab.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Elmar Seltsam

RUDOLF BAEHR DRUCK- UND WERBETECHNIK
WÜRZBURG KOLOFFSTRASSE 3